**Formularul de sesizare**

    *Câmpurile marcate cu \* sunt obligatorii*!  
    ● Numele şi prenumele:…………………………………………  
    ● Spitalul unde aţi fost internat\*:……………………………………  
    ● Secţia unde aţi fost internat\*:……………………………………..  
  
    ● Data internării\* ┌──┐ ┌──┐ ┌────┐  
                          │ │DD/│ │MM/│ │YYYY  
                          └──┘ └──┘ └────┘  
  
    ● Data externării\* ┌──┐ ┌──┐ ┌────┐  
                          │ │DD/│ │MM/│ │YYYY  
                          └──┘ └──┘ └────┘  
  
    ● Sesizarea dumneavoastră vizează\*:  
      [] Încălcări ale drepturilor pacientului  
      [] Condiţionarea serviciilor medicale  
      [] Abuzuri săvârşite asupra personalului medico-sanitar  
      [] Alte aspecte  
  
    ● Categorii de personal implicate\*:  
      [] Medici  
      [] Asistente medicale/Asistenţi medicali  
      [] Infirmiere  
      [] Brancardieri  
      [] Portari  
      [] Personal administrativ  
      [] Conducerea unităţii sanitare  
      [] Niciuna dintre variante  
  
    ● Vă rugăm să detaliaţi sesizarea dumneavoastră (maximum o jumătate de  
      pagină):  
  
  
    ● Aţi mai sesizat această problemă şi către alte instituţii/organisme?  
      [] Nu  
      [] Da Dacă Da, către ce instituţie ? ……………………………………  
    ● Sesizarea dumneavoastră va primi un răspuns în cel mai scurt timp posibil.  
      În acest scop, vă rugăm să ne precizaţi care este modalitatea prin care  
      doriţi să fiţi contactat(ă):\*  
      [] Telefonic Numărul de telefon ………………..  
                                                                            [] Prin email E-mail ……………………………….                                                            
      [] Prin poştă Adresa ………………………………….